

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

N°
225

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Rémus KRAINIK

Né le 27 Juin 1895, à Bucarest

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE PERFORÉ
GASTRIQUE ET DUODÉNAL

Président, M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Rémus KRAINIK

Né le 27 Juin 1895, à Bucarest

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE PERFORÉ
GASTRIQUE ET DUODÉNAL



Président, M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSER : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	PIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE ARMAND
DE MA SŒUR SYLVIE

A MES FRÈRES
A MA SŒUR
A MES BELLES-SŒURS

Témoignage de profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Hommage de reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS DEMELIN
DEVRAIGNE, LENORMANT, LEGUEU
MOURE (P.), SERGENT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BUCAREST

MESSIEURS LES PROFESSEURS THOMAS JONNESCO
THÉOHARI, GOMOÏU, MIRONESCO

INTRODUCTION

Nous ne voulons certes pas, à la faveur de sept cas nouveaux d'ulcus perforé de l'estomac ou du duodénum, apporter des modifications à la question si discutée du traitement de cette affection, que les statistiques récentes nous montrent si fréquentes.

Mais en étudiant soigneusement l'histoire clinique et la thérapeutique de nos sept observations, nous mettrons en lumière les grandes lignes que doivent suivre constamment le praticien et le chirurgien, s'ils veulent, par une coopération bien comprise, obtenir, plus souvent que par le passé, la guérison d'une complication au pronostic autrefois si redoutable.

Nous tenons à remercier immédiatement M. le professeur agrégé Lenormant, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et M. le Docteur P. Moure, chirurgien des Hôpitaux, de nous avoir confié leurs observations et de nous avoir guidé avec bienveillance dans la rédaction de ce travail, en soulignant eux-mêmes les points saillants de la question, et en facilitant notre tâche.

Après avoir rapidement passé en revue les faits im-

portants qui dominent la question étiologique, symptomatologique et diagnostique, nous insisterons surtout sur les modes de traitement mis en action par les différents opérateurs. Nous n'apporterons pas de traitements nouveaux, nous ne pourrons même pas prendre partie au point de vue thérapeutique, nos observations en font foi. Le plus large éclectisme, guidé par les conditions étiologiques ou anatomiques étant, à l'heure actuelle, la seule conclusion que l'on puisse tirer, tant de l'étude de nos cas, que de celle de tous ceux qui paraissent chaque jour plus nombreux, dans la littérature médicale.

« Là, plus que partout ailleurs, il est essentiel, comme le dit le Prof. Lecène, de savoir se garder soigneusement des excès et des systèmes » et notre travail ne sera un plaidoyer, ni pour une forme, ni pour une autre de ce traitement, que les uns veulent réduire aux manœuvres les plus courtes et les plus simples, que d'autres veulent compliquer d'exclusions ou de résections ; nous apportons en faveur de notre thèse un pourcentage à peu près égal de guérisons, les conditions n'étant jamais absolument comparables.

HISTORIQUE

L'histoire chirurgicale de l'ulcère perforé gastro-duodénal est récente, et nous en rappellerons rapidement les dates importantes. Le premier, Mikulicz, à Vienne, opéra, le 7 novembre 1880, un ulcère perforé de l'estomac ; son malade mourut comme du reste celui de Poncet, qui fut le premier chirurgien français à opérer une perforation gastrique (1890). La première guérison fut observée après une intervention de Heussner pratiquée le 9 mai 1892 ; en France, ce fut Michaux qui eut le premier succès en 1893. Depuis cette époque les observations se sont multipliées, les procédés thérapeutiques se sont compliqués, la hardiesse chirurgicale a crû. La gastro-entérostomie, pratiquée pour la première fois par Braun en 1893 pour un ulcère perforé, est devenue dans ces huit dernières années une opération courante.

Sous l'influence des recherches récentes, des travaux de Duval, Lecène, Patel, en France, d'Eliot, d'Arcy Power, à l'étranger, elle semble actuellement, malgré la défense irréductible de certains opérateurs, devoir être réservée

à certains cas, et perdre peu à peu son titre « d'opération de routine » (Paterson).

Nos recherches bibliographiques, facilitées par la thèse récente (elle ne date que d'un an) de M. Lauret s'étendant seulement sur l'année dernière, nous n'osons les dire complètes, chaque auteur voulant publier sa statistique. Elles nous permettent cependant de voir une orientation nouvelle des efforts chirurgicaux dans la gastro-pylorectomie immédiate qui semble être l'idéal du traitement de l'ulcus perforé.

La première tentative de résection d'un estomac perforé est rapportée par Brunner, de Zurich, en 1903, qui pratiqua une pylorectomie de Péan (Billroth I) dans un cas d'ulcère de l'estomac opéré trois heures et demie après la perforation ; son malade guérit.

En France, c'est en 1902, pour la première fois, que Sencert pratiqua, sans succès, une gastro-pylorectomie de Péan, pour une perforation pylorique, et il faut venir jusqu'en août 1919 pour observer un cas de guérison après gastro-pylorectomie d'emblée, (cas de Gauthier de Luxeuil, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 26 oct. 1920). Les statistiques allemandes sont plus riches en succès, mais il s'agit cependant d'un procédé d'exception pour des cas particulièrement favorables, nous en discuterons plus loin les indications.

ETIOLOGIE

Nous n'envisagerons dans notre étude que les perforations ouvertes, c'est-à-dire en péritoine libre, s'accompagnant du déversement dans l'abdomen du contenu gastro-duodénal.

Elles se produisent, avant toute réaction de défense du péritoine, et aboutissent le plus souvent à une péritonite généralisée. Cependant elles peuvent s'obturer secondairement (adhérences épiploïques, foie, vésicule biliaire) donnant la perforation couverte (Finstner) qui s'accompagne de péritonite enkystée, qui peut guérir spontanément si l'abcès n'est pas trop volumineux. Les cas de guérison, après perforation d'un ulcère en péritoine libre, sont cependant exceptionnels et le cas récent de Lagoutte paraît très discutable.

Fréquence. — Küttner (Breslau) compte 20 perforations pour 100 cas d'ulcères duodénaux, et seulement 7 perforations pour cent ulcères gastriques ; mais il ne s'agit ici que des ulcères opérés et il faudrait ajouter les cas mortels en dehors de l'opération ; une statistique

dans un hôpital de Berlin, montre 1 perforation pour 1200 décès ; les cas morts sans secours chirurgical représenteraient pour lui 44 o/o du total des perforations.

Il est aussi difficile de déterminer la fréquence relative des perforations duodénales et gastriques, la distinction étant du reste souvent impossible : le seul fait important à noter est la fréquence des perforations pyloro-duodénales. Nous ne reviendrons pas sur les statistiques exposées et discutées longuement ailleurs (Thèse Lauret) ; une statistique récente de Bullock (Australie) donne sur 32 cas, 2 ulcères seulement franchement gastriques, dans les 30 autres cas l'œdème et l'induration avec oblitération de la veine pylorique empêchent toute localisation.

Dans nos 7 cas, nous avons une seule perforation gastrique et une perforation cachée, toutes les autres sont duodénales et quatre d'entre elles tout près du pylore.

Au point de vue sexe, la perforation est plus fréquente chez l'homme, les perforations duodénales plus fréquentes que les gastriques ; Bullock, sur 32 cas, l'observe 30 fois chez l'homme, dans nos 7 cas, il n'y a qu'une femme.

La perforation est une complication de l'âge moyen de la vie ; cependant Abadie cite un cas de quinze ans chez un hérédosyphilitique ; notre premier cas se rapporte à un sujet de 76 ans. Cheimisse a, du reste, montré la fréquence de la perforation pendant la première année de la vie ; sa symptomatologie est très obscure, la

perforation restant toujours une trouvaille d'autopsie.

Antécédents. — La perforation survient soit au cours d'une longue évolution ulcéreuse, soit brusquement sans que rien n'ait attiré l'attention sur l'estomac, c'est le cas le moins fréquent (10 0/0 des cas). Cette proportion est, du reste, absolument comparable à celle des ulcères calleux, plus ou moins étendus, manifestement chroniques, et des ulcères récents, taillés à l'emporte-pièce dans une paroi duodénale d'apparence saine, bien que Lecène ait insisté récemment sur l'étendue des lésions muqueuses, que ne laisse pas prévoir le petit pertuis visible par la séreuse. La grande proportion des ulcères chroniques à troubles antérieurs montre l'importance de l'interrogatoire pour orienter le diagnostic et permettre une intervention précoce.

Causes favorisantes et occasionnelles. — Il n'y a pas grande importance à attacher à celles-ci, que la perforation survienne au cours d'un effort, d'un éternuement, etc. ; l'état de réplétion de l'estomac paraît cependant avoir plus d'influence ; sans parler des cas où la perforation paraît résulter d'une distension brusque de l'estomac à la suite d'absorption d'eau gazeuse (deux cas d'Eberlé, un cas d'Urlich), il semble que la réplétion par un repas abondant joue cependant un rôle effectif ; c'est de une heure et demie à trois heures après le repas que se produit la perforation. L'estomac même, en dehors des périodes digestives, peut conserver encore quelques aliments, s'il s'agit d'un ulcère

juxta-pylorique s'accompagnant d'un certain degré de stase. Aussi ne se basera-t-on pas uniquement sur la distance du repas pour prévoir l'abondance de l'inondation péritonéale.

Nous étudierons au chapitre de thérapeutique les quelques notions d'anatomie pathologique importantes au point de vue du contenu péritonéal, du calibre et du siège des perforations, car elles modifient par leurs modalités si variées, la façon d'agir du chirurgien, dans chaque cas particulier.

SYMPTOMES, ÉVOLUTION

Nous passerons rapidement sur l'étude des symptômes bien connus de la perforation gastro-duodénale en insistant seulement sur les faits qui permettent un diagnostic précoce, partant, un traitement utile.

Bien que dans 10 0/0 des cas seulement il n'y ait aucun trouble gastrique antérieur, le début de la perforation est toujours brutal et le malade peut toujours indiquer l'heure précise de l'apparition des accidents. C'est la brusquerie de la douleur, et, comme le dit Brinton, « le passage rapide d'une santé apparente à la souffrance aiguë et à la mort » qui doivent donner l'alarme.

Cependant il existe parfois des *prodromes*, une recrudescence et l'apparition de vomissements (notre malade n° 1 a eu des renvois acides prodromiques). Ryser a encore insisté récemment, à propos de quatre observations, sur cette période de « perforation menaçante », ce stade préperforant marqué par des douleurs plus violentes que ne calment ni le repos absolu, ni la diète, parfois par des hématémèses peu abondantes. Guidé par ces symptômes il a pu, dans trois cas, opérer avant la

symptomatologie bruyante et n'a trouvé que des perforations insignifiantes.

Il ne faut cependant pas oublier qu'en cas d'ulcère du duodénum ces symptômes prodromiques manquent le plus souvent et que le sujet est frappé en pleine santé apparente.

Période aiguë de perforation. — Le grand symptôme est la douleur atroce, en coup de poignard (Dieulafoy) ; elle manque rarement et Lauret le note 114 fois sur 141 observations. Elle est tellement subite, tellement vive (deux cas de mort par syncope, Pauchet), què bien souvent manquent les premiers signes, et il n'y a parfois ni vomissement, ni hoquet, ni ballonnement. Les modifications du pouls et de la température peuvent même manquer ; seules existent la tension des muscles abdominaux, la rétraction de l'abdomen (Debove-Dieulafoy).

La douleur siège le plus souvent dans l'étage supérieur de l'abdomen, avec un maximum dans le quadrant supérieur droit (D'Arcy-Power) « sa propagation échappe à toute règle précise et n'a rien à voir avec le siège de la perforation », trop de causes venant modifier la migration du liquide épanché.

Les vomissements s'observent souvent, dans 53 o/o des cas pour Petren et c'est à peu près la fréquence indiquée par la statistique d'Edimbourg et par Tuffier.

Les vomissements précoces sont cependant plus fréquents dans les perforations duodénales. Les hématemèses sont exceptionnelles. Il peut y avoir dès cette période arrêt des matières et des gaz.

Les *signes généraux* consistent au début en un véritable état de shock qui ne dure pas ; sur 108 observations Lauret le note 18 fois ; on observe surtout la pâleur de la face, les sueurs, le refroidissement des extrémités.

Mais bientôt cet état s'améliore, la douleur s'atténue au bout de trois à quatre heures, le pouls est à 100, régulier, la température à 38° ; il y a rarement dissociation du pouls et de la température.

Mais ce sont les *signes physiques* qui donnent les indications opératoires importantes. Dès le début la respiration devient costale ; le diaphragme est immobilisé, la paroi abdominale est *rétractée*, tendue et ne participe plus aux mouvements respiratoires, elle est immobile. La palpation montre la *contracture musculaire*. Les symptômes vont s'atténuer avec les progrès de la péritonite et l'apparition du ballonnement.

La contracture est au début localisée à la région épigastrique et plus tard, même généralisée, elle y a souvent un maximum.

On observe en outre de l'hyperesthésie cutanée et la percussion révèle la distension gazeuse de l'abdomen, la sonorité hépatique, l'existence de liquide dans la cavité péritonéale.

L'auscultation permettrait de percevoir des frottements péritonéaux au niveau du creux épigastrique et un tintement métallique, bruit hydroaérique prenant naissance au niveau de la fistule (Hustin).

Evolution.— Les symptômes de péritonite confirmée, évolution habituelle de la perforation, vont modifier les

symptômes si nets du début, vont faire errer le diagnostic. Du liquide nettement purulent peut être constaté dès la 10^e heure, ne manque jamais après la 24^e heure (Lauret), mais les symptômes de péritonite peuvent apparaître dès la 6^e heure, tout dépendant de la virulence du liquide épanché, notion importante sur laquelle nous insisterons plus loin.

Nous avons alors le tableau de la péritonite généralisée : la douleur s'étend à tout l'abdomen qui est ballonné, les vomissements deviennent fréquents, d'abord bilieux puis porracés et fécaloïdes et il y a du hoquet.

Le pouls est petit, rapide, incomptable et à la fièvre d'abord élevée succède vers la fin l'hypothermie.

La partie est alors le plus souvent perdue et la mort survient à partir de la 48^e heure, parfois plus précocement encore dans le collapsus.

Mais d'autres fois ce tableau angoissant peut tourner court et le malade évolue vers la péritonite enkystée, dans les cas rares où la perforation s'est obturée secondairement. Il peut même exister des perforations en plusieurs temps (Launay, in th. Lauret, Hustin, Power).

Dans certains cas, si la limitation d'une péritonite enkystée, peu abondante, est définitive, il peut y avoir guérison spontanée de la perforation. Tels sont les deux cas de Pissavy cités par Mathieu, les cas cités par Gross (1904), le cas plus récent de Lagoutte. Mais il est préférable de ne pas se reposer sur ces cas, dont quelques-uns sont discutables, pour retarder, sous prétexte d'une amélioration possible, le traitement opératoire, le seul à

mettre en œuvre sitôt que le diagnostic de perforation est établi.

Des complications sont exceptionnelles, car elles n'ont d'ordinaire pas le temps de se produire. Cependant de Gironcoli est revenu récemment sur des lésions de stéatonecrose coïncidant avec une perforation d'ulcus gastrique postérieur. Il en cite un cas indubitable vérifié histologiquement (femme guérie après tamponnement) à ajouter au seul cas à retenir (Benda-Kusa) parmi ceux précédemment décrits.

DIAGNOSTIC

Comme le faisait encore remarquer le Pr P. Duval, la condition qui prime toutes les autres est la précocité de l'intervention, aussi tout dépend-il du diagnostic immédiat. Dans les pays anglo-américains les médecins, rompus à ce diagnostic précoce, amènent les malades dans les premières heures aux chirurgiens qui ont ainsi de plus grandes chances de sauver leurs opérés.

Bullock sur 32 cas n'a que 6 o/o de mort, Farr atteint 13 o/o sur 24 cas, Lewisohn a une série de 10 cas sans décès de 1915 à 1919.

C'est, du reste, le plus souvent, un diagnostic facile : les antécédents douloureux gastriques, la localisation de la douleur violente du début, le maximum de rigidité de la paroi orientent rapidement vers la perforation d'un ulcère gastro-duodénal.

Dans nos sept observations, le diagnostic fut porté facilement dans 5 cas, dans les deux autres ce fut le diagnostic d'appendicite auquel s'arrêta le chirurgien ; dans un des cas (ob. VII) les commémoratifs pouvaient faire penser à une colique de plomb, mais un examen

soigneux du malade permettait d'éliminer à peu près à coup sûr cette affection.

Dans les 16 cas de la thèse de Lauret le diagnostic fut porté facilement 7 fois, les quatre erreurs de diagnostic furent toutes en faveur de l'appendicite.

A côté de diagnostics d'exception, ordinairement simples à écarter, la grosse difficulté réside dans la distinction entre l'appendicite et l'ulcère perforé. Ainsi n'insisterons-nous pas sur les grands syndromes douloureux abdominaux, les coliques sans réaction péritonéale.

Les coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines même seront, le plus souvent, diagnostiquées grâce aux antécédents particuliers et aux autres symptômes de l'affection ; notre malade de l'observation VII, qui avait une étiologie saturnine, ne présentait même pas de liseré de Burton. Cependant Souligoux a rapporté deux cas de coliques saturnines prises pour une perforation, et Vanderveer un cas d'ulcus perforé pris pour une crise rénale d'origine calculieuse.

Nous ne ferons que citer les affections qu'ont déterminé des erreurs de diagnostic : les hernies étranglées de la ligne blanche, une hernie de l'hiatus de Winslow, une crise gastrique du tabes (Hustin), la torsion d'un kyste ovarique (Vanderveer), quelques cas d'hémato-cèle, la rupture d'un kyste dermoïde (Brünner).

La pancréatite hémorragique, à symptomatologie si voisine cependant, n'a jamais été confondue avec la perforation de l'ulcus gastrique.

Lorsqu'il s'ajoute une réaction péritonéale nette, le diagnostic est plus délicat, la rupture de la vésicule bi-

liaire, les colites et sigmoïdites perforantes, ou les perforations au cours d'un cancer intestinal (Lagoutte) ou même gastrique soulèvent des problèmes parfois insolubles nécessitant l'incision exploratrice.

La sonorité préhépatique *précoce*, la matité dans les flancs sont de bons symptômes d'une perforation digestive, la douleur au toucher rectal ou vaginal peut aussi attirer l'attention sur l'atteinte précoce du péritoine (Külenkampf).

« La perforation appendiculaire reste la grosse erreur de diagnostic, à cause de sa fréquence », Tuffier note cette erreur 15 fois sur 23 cas, Moynihan 18 fois sur 45. Lecène a montré que ce sont les perforations duodénales plutôt que les gastriques qui donnent le syndrome appendiculaire.

Tuffier donne les trois symptômes suivants, d'une valeur décroissante pour ce diagnostic :

- 1° le siège sous hépato-gastrique de la douleur ;
- 2° la soudaineté et l'atrocité de cette douleur ;
- 3° le passé gastrique du malade.

Il est bien difficile, et nous le verrons plus loin, de préciser le siège de la perforation ; ce diagnostic n'a du reste que peu d'importance, étant donné l'indication opératoire impérieuse que dicte le syndrome de la perforation gastro-duodénale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous n'envisagerons pas les cas de guérison spontanée par organisation d'adhérence autour de la perforation ; Pariser cite 25 guérisons, Brünner 18, mais ce sont des cas exceptionnels, car le diagnostic exige l'intervention immédiate. *Le nombre des décès croît avec le temps écoulé*, la plupart des statistiques, et elles sont nombreuses, aboutissent à peu près aux mêmes conclusions : l'opération dans les 12 premières heures donne 30 o/o de mort, de 12 à 24 heures 70 o/o, et plus tard 90 o/o de décès. Frank Martin abaisse même la limite de l'opérabilité à 24 heures (9 opérés 9 décès après cette date). Mais il faut cependant faire intervenir d'autres facteurs, comme le prouvent les 4 opérés d'Oudart, (ceux de la 5^e et 16^e heures morts avec des accidents aigus rapidement graves ; ceux de la 70^e et 90^e heures guéris, après des symptômes lents et insidieux) en particulier les questions de virulence (Lecène) et de réaction acide ou alcaline (Prader) du liquide épanché.

Aussi ne faut-il pas refuser le bénéfice d'une opération, même désespérée, à un malade en état de la supporter encore ; en sachant dans ces cas borner ses

efforts au minimum, parfois seulement le drainage même du foyer d'infection, remettant à plus tard des interventions plus complexes.

Si les malades résistent plus de deux à trois jours, les adhérences se produisent et le malade peut survivre, *mais il vaut toujours mieux risquer, en présence d'un doute, une opération inutile, mais sans gravité appréciable.* Parmi nos 7 cas, ont guéri les malades opérés à 4^e, 6^e, 8^e et 9^e heures, un alcoolique opéré à la 5^e heure est mort de délirium tremens avec broncho-pneumonie au troisième jour ; au contraire, ceux opérés à la 19^e et la 34^e heures sont morts rapidement.

Il n'est pas rare, du reste, comme le fait remarquer Lauret, de trouver des pourcentages de guérison atteignant 90 o/o, pour les cas opérés dans les 5 premières heures ; la statistique d'Edimbourg, qui porte sur 200 cas, donne 87 o/o de guérisons dans les trois premières heures. *L'évacuation du contenu péritonéal lutte donc contre le shock*, dont il ne faut pas attendre la disparition pour opérer, dans la crainte de perdre un temps précieux.

Incision opératoire. — Nous éliminerons les cas d'erreur de diagnostic qui amènent, nous l'avons vu, à pratiquer l'incision de l'exploration appendiculaire.

Après vérification de l'intégrité de l'appendice, certains chirurgiens, en particulier les américains (Guibé), l'enlèvent avant de passer à l'incision de l'étage supérieur ; c'est ce qui a été fait par M. Lenormant dans notre cas V, sans dommage pour le malade.

Le plus souvent et dans la crainte de prolonger inutilement l'intervention, on obturera avec des compresses l'incision qui servira à placer un drain de décharge à la fin, si on le juge utile ; et on se portera rapidement dans la région sus-ombilicale. Les incisions sont ici multiples : incision médiane, para médiane droite, incision de Kehr, incision transversale (Lecène), débridement en L pour se donner du jour (voir obs. I) ; « le tout est de bien voir et de voir vite », de ne pas être gêné pour les différentes manipulations qu'exigeront le siège de l'ulcère et de la perforation.

Examen du tractus gastro-duodénal. — Sitôt l'abdomen ouvert, on trouve le liquide dans le péritoine à la faveur de la perforation. Avant la 10^e heure il n'y a pas de pus, mais un liquide sale, teinté de bile, contenant ou non des débris alimentaires ; il y a fréquemment des bulles de gaz inodore dans les premières heures. La quantité de liquide est très variable et tient surtout aux dimensions de la perforation, à son obturation ou non par des fausses membranes, le foie ou l'épiploon, à l'heure de l'accident et à l'état de réplétion gastrique.

Le siège même de l'ulcère n'a qu'une importance secondaire.

Dans notre dernier cas où la perforation siège entre la 1^{re} et la 2^e portion du duodénum, il y a des débris alimentaires, alors que dans toutes les autres perforations, même dans l'obs. VI (petite courbure) il n'y a qu'un liquide bilieux ou louche et des bulles de gaz.

La quantité de liquide épanché peut gêner les recherches, bien que dans ces cas la perforation soit volumineuse ; il sera parfois nécessaire, d'autre part, de pratiquer un tubage gastrique au cours de l'intervention, pour faciliter les manœuvres d'enfouissement. Les fausses membranes peuvent encore gêner les recherches ; elles sont plus fréquentes dans les ulcères de la petite courbure, qui donnent si souvent des abcès enkystés sous-phréniques et c'est dans les cas d'ulcères de cette région qu'on est parfois obligé d'avoir recours à un simple tamponnement ; dans notre cas VI, où les adhérences ne s'étaient pas encore formées, l'excision large a pu cependant être pratiquée.

La perforation peut passer inaperçue (obs. V), soit parce qu'elle est minuscule, soit parce qu'elle siège en un point difficilement explorable (cardia, 3^e ou 4^e portion du duodénum, face postérieure), soit qu'elle soit obturée par un exsudat fibrineux.

Le *calibre* de la perforation est très variable, parfois punctiforme, plus souvent lenticulaire ou du diamètre d'une pièce de 50 centimes ; les perforations gastriques sont souvent plus volumineuses que les duodénales.

Le *siège* est plus important ; le maximum des ulcères perforés sont des ulcères juxta-pyloriques, ou près de la petite courbure. Dans nos 7 observations il y a une perforation de la petite courbure, 4 perforations duodéno-pyloriques, une perforation franchement duodénale, et une introuvable.

Sur 53 ulcères gastriques perforées, Lauret relève 43 ulcères de siège antérieur, dont 32 de la face antérieure,

(12 canal pylorique, 15 vestibule pylorique, 5 face antérieure du corps) et 8 des bords (7 de la petite courbure, 1 de la grande), les autres (11) siègent à la face postérieure (6 du pylore ou de l'antrum, 2 de la face postérieure du corps).

Les perforations pyloriques ou juxta-pyloriques représentent donc les 3/5 de toutes les perforations gastriques, alors que le nombre des ulcères de la petite courbure non perforés représentent plus de la moitié des ulcères gastriques (50 o/o pour P. Duval, Congrès chir. 1920).

Sur 54 ulcères *duodénaux* perforés il y a 50 ulcères antérieurs (dont 34 de la première portion, 11 juxta-pyloriques, 1 de l'angle; 3 de la deuxième portion, 1 de la quatrième) et 4 ulcères postérieurs, tous tout près du pylore.

C'est donc la région duodéno-pylorique qu'il faut d'abord explorer, puis la région de la petite courbure.

Dans les perforations postérieures on constate un épaississement et un soulèvement du petit épiploon, parfois des bulles de gaz derrière lui.

Du reste, même en cas de perforation antérieure nette, il faut toujours penser aux perforations multiples (5 o/o des cas dans la statistique d'Edimbourg) et vérifier rapidement, à travers le petit épiploon ou par décollement colo-épiploïque, l'intégrité de l'arrière cavité des épiploons.

La perforation découverte, quelle conduite va suivre le chirurgien ? Il semble simple d'obturer la perforation,

de limiter au minimum les manœuvres et la durée de l'intervention ; or la lecture de toutes les observations montre au contraire qu'il n'en est rien et traduit une diversité opératoire facilement explicable.

Si nous prenons seulement nos 7 cas nous constaterons qu'on a pratiqué :

1 fois le tamponnement simple et le drainage du foyer ;

1 fois la méthode de Balfour : cauthérisation, suture et enfouissement ;

3 fois une excision, plus ou moins large, avec suture ;

1 fois la suture avec épiplooplastie et gastro-entérostomie postérieure.

1 fois l'exclusion du pylore avec gastro-entérostomie postérieure.

C'est donc que les conditions sont variables avec chaque cas, que *l'on ne peut juger du traitement à appliquer que les lésions sous les yeux* et que le plus souvent *la technique à suivre nous est dictée par l'état du malade*, l'aspect des lésions, leur étendue et l'induration des parties voisines.

Nous nous trouvons donc en présence d'un certain nombre de traitements, tous défendables, que le chirurgien devra appliquer suivant les cas ; nous les passerons successivement en revue, en en discutant l'emploi.

Disons de suite qu'il existe un *traitement idéal*, la gastro-pyloréctomie immédiate (Péan ou à défaut Billroth II). Ces opérations sont et seront toujours de très

graves interventions, grosses de risques (Lecène), mais dont les observations deviennent de plus en plus nombreuses.

Il existe un *traitement de choix*, le plus couramment employé, qui va de la suture simple de la perforation à l'excision suivie d'enfouissement, en passant par la plicature de la zone perforée et sa thermo-cautérisation (Balfour) ; le *traitement complémentaire* logique est la gastro-entérostomie dont nous verrons longuement les indications, étant donné les nombreuses discussions qu'elle a soulevées et soulèvera encore.

Enfin un *traitement de fortune* que nécessite parfois l'état du malade ou l'impossibilité de trouver la perforation ou de la fermer.

Avant de passer en revue ces différentes manières d'agir, nous éliminerons rapidement le complément de ces traitements, quels qu'ils soient, et nous verrons ce qu'on doit faire, la perforation traitée, avant de refermer l'abdomen. Une série de questions se posent, en effet :

Doit-on nettoyer le péritoine, le sécher ou le laver ?

Faut-il drainer ? Dans quel cas peut-on se passer du drainage ?

Le lavage est inutile à moins de débris alimentaires abondants (Pauchet-Evans), mais il est important de pratiquer, par l'aspiration dans le Douglas, ou à la compresse, un assèchement soigneux du péritoine, surtout étant donné le peu de septicité du liquide au début. Le prélèvement, que recommande Kotzareff pour juger de la septicité du liquide, ne peut donner, comme l'a fait

justement remarquer P. Duval, un renseignement immédiat, et ne peut donc, malgré son assertion, guider l'intervention. On pourra sans inconvénient, verser dans l'abdomen 30 à 50 cm³ d'éther, d'huile camphrée, d'électrargol.

Plus importante est la question du *drainage* ; il paraît inutile dans les premières heures, sans qu'on puisse préciser le temps exact à partir duquel on peut l'employer. Certains épanchements sont particulièrement septiques (Lecène et Mathieu) ; du reste, dans ces cas l'atteinte de l'état général est grave et précoce.

Prader a voulu baser le pronostic sur le degré d'acidité de la sérosité péritonéale ; cette recherche serait facile et rapidement exécutable. Une réaction franchement acide de la sérosité, même la présence de germes pathogènes et un état général assez bien conservé permettent un bon pronostic et légitiment une fermeture primitive sans drainage (2 décès sur 11 cas non drainés).

Les microbes ne peuvent cultiver que lorsque le milieu a pris une réaction alcaline, par exsudation secondaire ; l'acidité persiste environ les 12 premières heures.

C'est donc la limite à observer ; cependant il est prudent dans tous les cas et surtout s'il y avait beaucoup de liquide épanché, de maintenir dans le Douglas, les 48 premières heures, un drain pour aspiration (drain Goldmann en particulier).

S'il existe franchement du pus, le drain du Douglas, qui pourra permettre une irrigation pendant l'opération (Lecène) jusqu'à ce que le liquide ressorte clair,

sera maintenu plus longtemps ; on pourra y adjoindre un drain sous-hépatique qui ne donne d'ordinaire aucun écoulement.

Il sera parfois bon, si l'on n'est pas certain d'avoir réalisé une suture solide, de mettre des mèches pour limiter le foyer ; on enlèvera ces mèches, suivant les indications, à partir du deuxième jour.

Le malade sera maintenu assis avec un goutte à goutte rectal continu au moyen de sérum lactosé ou glucosé additionné ou non d'urotropine.

I. — **Traitement de fortune**

Sans aller aussi loin que Power qui préconise dans tous les cas le simple tamponnement, il faut reconnaître que c'est parfois le seul moyen à employer. Aussi est-ce un traitement exceptionnel et Lauret sur 150 observations ne trouve que 15 cas traités sans suture, avec 7 morts. Notre observation n° V est un bon résultat de ce procédé. Ce ne peut cependant être qu'un traitement exceptionnel, d'autant plus que la qualité de guérison est très inférieure à celle obtenue par d'autres méthodes. Tous les malades sauvés ainsi souffrent rapidement après et il faut souvent réintervenir ; ce qui, soit dit en passant, prouve bien que la perforation n'est que bien exceptionnellement un mode de guérison de l'ulcère, comme certains l'ont prétendu, mais bien plutôt un accident au cours de son évolution. Notre malade n° V revient un an après l'opération pour des douleurs et la radioscopie montra un fonctionnement normal de l'es-

tomac, mais révèle cependant un point douloureux juxta-pylorique ; à côté du simple tamponnement, on a, sans grand succès, drainé la perforation, abouché l'estomac à la peau, on a, dans certains cas, obturé la perforation avec de l'épiploon, avec un organe voisin, foie, colon transverse, vésicule biliaire même (un cas de Toupet avec guérison).

Tous ces procédés ne sont, en somme, à appliquer que lorsqu'il est impossible de trouver ou de suturer la perforation, ou que l'état général du malade est tellement grave, qu'il faut réduire au minimum la durée de l'intervention.

II. — **Traitement de choix**

Suture simple — C'est le procédé le plus simple, mais il est rare qu'on puisse l'employer seul ; il est du reste souvent bon, après avoir fermé la perforation à la soie ou au catgut, et avoir enfoncé la suture par un plan séro-séreux, d'y adjoindre une rapide *épiplooplastie* qui augmente la résistance de la suture. C'est le procédé employé dans l'observation VII après fermeture en bourse de la perforation ; il est, du reste, nous le verrons plus loin, bon d'y ajouter parfois une gastro-entérostomie complémentaire.

Pas plus que la perforation n'amène, nous l'avons vu, la guérison de l'ulcère, la suture simple n'est un procédé de thérapeutique, c'est un procédé d'urgence contre la perforation (Lewishon) ; mais il faudra bien souvent, plus tard, pratiquer une gastrectomie. La suture

est souvent impossible par suite de l'induration du conduit (ulcère calleux), on risque dans certains cas (perforations punctiformes), comme l'a montré Lecène, de négliger une vaste ulcération dont le centre seul est perforé, ce qui peut déterminer une déhiscence de la suture, aussi faut-il employer souvent d'autres procédés.

Plicature de la région ulcérée et indurée. — C'est le procédé auquel il faudra avoir le plus souvent recours c'est la technique recommandée par Lecène, Viannoy, Mathieu. Il est rare que l'on n'obtienne pas dans ces cas une obturation satisfaisante en tissu sain. Après un bon enfouissement et la greffe d'une frange épiploïque, comme ultime barrière, on peut être tranquille, et il ne faudra recourir à la gastro-entérostomie complémentaire qu'au cas où l'on aura rétréci le canal pyloro-duodénal,

Mais là, comme avec la suture simple, l'ulcère peut continuer d'évoluer, aussi a-t-on essayé de traiter l'ulcère tout en assurant une meilleure suture. Ne pas oublier la fréquence des ulcères multiples (Abadie : 10 0/0 des cas d'ulcères).

L'excision de l'ulcère. — Suivie de suture est évidemment une opération qui met à l'abri de la déhiscence de la suture et de la récurrence *in situ* ; on enlève la lésion en laissant une cicatrice souple, moins susceptible de se cancériser.

C'est le procédé employé dans trois de nos cas, avec deux guérisons. On ne peut guère l'employer que dans des ulcères facilement accessibles des faces ou de la petite courbure (obs. VI) ou de la face antérieure du duodé-

num. Il faudra souvent prévoir qu'une pyloro-plastie sera difficile ou impossible après l'excision et qu'on devra recourir à une gastro-entérostomie complémentaire pour assurer le fonctionnement gastrique. Ce sera donc une intervention qui verra ses contre-indications croître avec le temps écoulé depuis la perforation, c'est-à-dire avec l'aggravation de l'état général.

Méthode de Balfour. — Notre cas III a été traité par thermo-cautérisation, puis suture et s'est terminé par la mort ; il y avait du reste un état général d'emblée très grave et la culture du liquide a révélé du streptocoque ; il rentre donc dans les cas à grande septicité, sur lesquels a insisté Lecène.

Ce procédé est plus simple que l'excision, car la cautérisation est faite plus rapidement que l'excision, ce qui permet de raccourcir la durée, tout en traitant directement l'ulcère et c'est souvent le seul procédé à employer vis-à-vis des ulcères de la petite courbure ; il est vrai de dire, et nous l'avons vu, que ceux-ci se perforent rarement.

III. — Traitement complémentaire

La gastro-entérostomie complémentaire a d'abord été appliquée indistinctement à tous les cas ; on s'est aperçu peu à peu que cette opération qui allonge notablement la durée de l'intervention n'empêchait pas toujours l'évolution de l'ulcère. Les cas de perforation après gastro-entérostomie complémentaire sont cependant

exceptionnels (Larrieu sur 10500 interventions n'a pu relever que 81 perforations). Il y a donc un gain notable, puisque d'après Debove et Rémond le traitement médical de l'ulcère accuse 13 o/o de perforation et que la gastro-entérostomie n'accuse que 1 o/o. Mais cette étude de la perforation ultérieure d'un ulcère traité par la gastro-entérostomie sort un peu de notre question, qui est la nécessité de la gastro-entérostomie complémentaire après l'obturation d'une perforation gastrique; bien qu'on connaisse des perforations récidivantes de l'estomac après gastro-entérostomie (5 fois de suite dans un cas de Henry de Montréal) elles sont exceptionnelles.

Certains auteurs restent fidèles à la G. E. C., pour plusieurs raisons importantes (Alamartine) :

Elle favorise la cicatrisation de la perforation, surtout quand pratiquée au bouton de Jaboulay elle fonctionne de suite.

Elle prévient les accidents post-opératoires dus aux troubles de l'évacuation.

Elle associe le traitement de l'ulcère à celui de la perforation, quoique ce ne soit, comme l'ont montré les communications aux deux derniers Congrès de Chirurgie, qu'un traitement moins efficace que la gastrectomie; cependant certains le préconisent encore (Roux, statistique de Metreaux, in Larrieu, l. c.)

Elle permet une purgation et une réalimentation rapide, satisfaisant les suites opératoires.

D'autres l'accusent, au contraire, d'allonger la durée de l'intervention (une anastomose au bouton peut se faire très rapidement), de diffuser l'infection péritonéale (com-

plication exceptionnelle, Guibé, tout dépendant de la septicité du liquide), d'être souvent difficilement réalisable et d'être dangereuse par échec des sutures en milieu septique (l'expérience prouve que des sutures intestinales étanches et bien faites tiennent en pleine péritonite purulente).

Elle serait en plus inutile en cas de canal pyloro-duodéal libre, car elle ne fonctionnera pas ; les recherches d'Hartmann ont fait justice de cette erreur : chez 19 G.E. à pylore perméable il a pu observer que dans :

- 1 cas tout passait par le pylore ;
- 16 cas tout par la bouche ;
- 2 cas fonctionnement mixte.

le tout est de placer la bouche dans l'antra pylorique.

Nous pouvons donc conclure des longues discussions de la Société de Chirurgie de Paris et de celles de Lyon, pendant 1920-1921, qu'on pratiquera la G. E. C., qui est une opération légitime, ne risquant de nuire au malade que par l'augmentation de durée de l'intervention, chaque fois qu'il y aura doute sur le fonctionnement ultérieur de l'estomac (Obs. VII), chaque fois qu'une induration duodéno-pylorique, ou une suture rétrécissant par trop, risqueront de produire une sténose, chaque fois qu'une excision en selle trop étendue de la petite courbure risquera de modifier la « voie gastrique » (Kaiser-Schmieden-Zentrabl, f. chir. 1921 n° 40-42) et donner des troubles de l'évacuation gastrique (Sencert). Il sera toujours temps dans les autres cas de la pratiquer secondairement, si la radioscopie traduit des troubles du pylore.

IV. — Traitement idéal

Nous n'insisterons pas longuement sur l'*exclusion du pylore* avec G. E. C. dans l'ulcère perforé du duodénum (Obs. II). C'est un mode de traitement de l'ulcère du duodénum ; on sait cependant la fréquence de l'ulcère peptique (Th. Lœwy, Paris, 1921-22), chez ces sujets hyperchlorhydriques à estomac souvent très profondément altéré et dont la « diathèse ulcéreuse » reste, si l'on peut dire, entière, malgré les régurgitations de bile, à la faveur de l'anastomose.

Nous voulons seulement parler des *gastro-pylorectomies et duodéno-pylorectomies immédiates*. Dans les perforations gastro-duodénales c'est le seul traitement qui guérit la perforation et l'ulcère.

Jugées en quatre lignes dans la thèse de Lauret et condamnées comme trop graves « la pylorectomie est inapplicable aux ulcères perforés » ; les observations françaises en deviennent fréquentes, les succès sont nombreux chez les auteurs allemands. Prader, de Vienne, dans ses 7 guérisons (sur 11 cas) compte 5 Billroth n° II sans drainage, ses 2 cas mortels n'ont pas été des résections gastriques. Dans l'article récent d'Ulrich il y a 30 observations avec 28 guérisons et il est antérieur au cas de Prader, ce qui porterait la statistique à 35 cas, dont 2 morts.

On préférera, comme l'a bien montré P. Duval, l'*opération de Péan* qui rétablit un pylore physiologiquement normal au Billroth n° II employé presque toujours par les auteurs allemands. Elle est souvent la *seule* opération

à pratiquer en dehors du tamponnement trop aléatoire ; on pourra aussi y recourir dans certains cas, si l'état du sujet le permet et si l'aspect des lésions permet une exérèse facile ; mais elle n'est dans ces cas qu'une indication relative. On n'oubliera cependant pas en comptant les guérisons, que les cas graves grèvent les statistiques des autres procédés. On ne perdra pas de vue les conseils de prudence de Lecène, qui résumant en quelque sorte la conduite à tenir vis-à-vis d'un ulcère perforé gastro-duodénal :

« Dans cette chirurgie d'urgence, plus difficile peut-être que toute autre, je pense qu'il *est essentiel de savoir se garder soigneusement des excès et des systèmes* ; en voulant trop gagner d'un coup on risque de tout perdre ; certes la timidité est souvent fâcheuse dans ces circonstances, mais la trop grande hardiesse n'est pas non plus sans présenter de sérieux dangers. *L'état général du malade* (fonction lui-même du temps écoulé depuis le début des accidents aigus) *reste encore le plus sûr et le meilleur guide du chirurgien* dans ces cas ; dans les douze premières heures, environ, qui suivent la perforation gastro-duodénale, je crois que l'on peut être très hardi et que les gastro-entérostomies complémentaires, voire même des résections gastriques, seront le plus souvent suivies de beaux succès ; mais, passé ce délai, la situation change du tout au tout et très rapidement, d'heure en heure, pourrait-on dire et il convient alors d'être très prudent et de faire juste l'essentiel, c'est-à-dire de fermer la perforation ou, si cela est vraiment impossible, de l'exclure par un tamponnement local ».

OBSERVATIONS INÉDITES

(Dues à l'obligeance de MM. Lenormant, P. Moure et Boppe)

Obs. I. — *Ulcère perforé du duodénum (première portion)*
(opération à la 4^e heure par Dr P. MOURE) *excision, suture, guérison.*

Homme de 76 ans, jusque-là bien portant n'ayant jamais souffert de l'estomac, a remarqué, cependant, depuis quelques jours des renvois acides.

Il est pris brusquement, le 16 décembre 1920 à 7 h. du soir au moment où il rentre chez lui, d'une douleur excessivement violente au creux épigastrique ; il peut à grande peine monter les escaliers et se coucher. Rapidement apparaît un vomissement bilieux, la douleur persiste toujours extrêmement violente.

Je suis appelé auprès de lui à 10 h. du soir et je trouve le malade anxieux, en proie d'une très violente douleur abdominale avec irradiations dorsales entre les deux omoplates. Il localise sa douleur au creux épigastrique. Le ventre est plat, la paroi abdominale contracturée donne la sensation caractéristique de ventre de bois.

Le pouls bat à 90 ; température 37°6.

Le diagnostic de perforation gastrique ou duodénale me paraît évident, et le malade est transporté immédiatement à la maison de santé.

Opération à 11 h. du soir. Anesthésie locale et régionale de la paroi abdominale à la novocaïne 1/200.

Ouverture du péritoine, issue de gaz et de liquide jaunâtre bilieux ; on aperçoit une perforation, d'environ 4 millimètres de diamètre siégeant à la face antérieure de la première portion du duodénum, à deux centimètres du pylore. Cette première portion du duodénum ne se mobilise pas, ce qui rend la perforation inaccessible ; on branche alors une incision transversale droite avec section du muscle droit antérieur.

Excision de l'ulcère perforé, il en résulte un orifice elliptique à grand axe parallèle à l'intestin,

Suture au fil de lin en deux plans au moyen d'une aiguille courbe ; malgré cette suture longitudinale la première portion du duodénum n'est pas notablement rétrécie. Etant donné l'âge du malade on termine l'opération au plus vite en fermant la paroi aux fils de bronze. Drain sous le foie au voisinage de la suture, un deuxième drain dans l'étage sous-mésocolique qui contient du liquide couleur jaunâtre. Ce drain donne immédiatement issue à une assez grande quantité de liquide louche.

Suites opératoires. Aussitôt après l'opération, pouls : 96 ; sérum glucosé intra-rectal, huile camphrée, etc.

Le 17 décembre, temp. : 38° ; pouls : 104 le matin ; temp. : 38°9 ; pouls : 120 le soir.

Le 18 décembre, temp. : 38° ; pouls : 100 le matin. Digitale XV gouttes, sérum glucosé intra-rectal. Temp. : 38° ; pouls : 100 le soir. Une selle de matières très noires.

A partir de ce jour l'état général s'améliore progressivement ; les drains sont supprimés le 2^e et le 3^e jours ; l'alimentation est reprise progressivement. Le lever est très précoce pour éviter les complications pulmonaires.

Le malade quitte la maison de santé un mois après l'opération ; il est actuellement bien portant et a repris une alimentation normale.

Obs. II. — *Ulcère duodénal perforé, opération à la 5^e heure (par le Dr P. MOURE). Exclusion du pylore par section et gastro-entérostomie postérieure. Mort.*

Homme 35 ans, alcoolique. Opéré 5^e heure, hôpital Lariboisière, le 28 septembre 1921, à 8 heures.

Anesthésie générale au chloroforme, mauvaise anesthésie, le malade pousse. Laparotomie médiane sus-ombilicale, à l'ouverture du péritoine, issue de gaz et de liquide jaunâtre. On constate l'existence d'un ulcère calleux qui occupe la face antérieure de la première portion du duodénum. Toute cette face est cartonnée, rigide, avec une perforation du diamètre d'une pièce de 0,50 centimes.

L'excision suivie de suture est impossible ; d'autre part la pylorectomie paraît difficile à cause des adhérences de la première portion du duodénum avec les régions voisines.

On pratique donc une exclusion du pylore par section du vestibule pylorique et suture en deux plans des deux tranches de section. Gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure. Tamponnement de la région de la perforation pour l'exclure de la cavité péritonéale.

Suites opératoires. Mort le 3^e jour de broncho-pneumonie avec delirium tremens. L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. III. — *Perforation du duodénum. Péritonite septique. Opération à la 34^e heure (Dr P. MOURE). Enfouissement. Mort.*

J. H..., serrurier, 49 ans, entré le 23 mai, hôpital Necker, service de M. le Dr Schwartz. Pas d'antécédents personnels, sauf une hernie inguinale droite congénitale avec ectopie testiculaire.

Pris brusquement le 22 mai à 9 heures du matin, au milieu de son travail, d'une violente douleur dans l'hypochondre gauche, d'abord nettement localisée au rebord costal puis irradiée bientôt à tout l'abdomen. Dans la soirée ballonnement du ventre qui devient très douloureux. Le malade ne peut aller à la selle, tout travail devient impossible.

Le malade entre à l'hôpital le 23 mai. A 17 heures nous constatons un ventre un peu ballonné, uniformément douloureux et sonore.

Disparition de la matité hépatique, arrêt absolu des matières et des gaz depuis 32 heures. Facies plombé, intoxiqué, nez froid, pincé, langue sèche, temp.: 37°6 ; pouls : 130, petit très irrégulier. Pas de vomissements, ni nausées.

Pas de matité dans les parties déclives, toucher rectal, rien de particulier.

Urines rares, non albumineuses. Poumons normaux.

Intervention à 19 heures (Dr Paul Moure), 34^e heure. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine issue d'une assez grande quantité de liquide louche et sanguinolent dont on fait un prélèvement. On trouve rapidement la perforation siégeant sur la face antérieure de la première portion du duodénum. Cautérisation au thermo des bords de l'orifice. Suture et enfouissement partiel, les tissus friables rendant ce temps difficile. Lavage à l'éther. Deux drains et une compresse.

Fermeture en un plan aux fils d'argent.

Après l'intervention on fait 500 cc. de sérum intraveineux et de l'huile camphrée.

A 22 h. 30, le malade est agité et accuse des douleurs violentes, on doit lui faire une injection de deux centigrammes de morphine. Pouls incomptable.

Le 24 mai, aggravation progressive, t : 38°, pouls 140, mort à 19 h. 30.

Examen du liquide prélevé au cours de l'intervention, frottis : abondante polynucléose, grande quantité de germes où l'on reconnaît quelques chaînettes et des diplocoques ; culture : au bout de 24 h. nombreux diplocoques ne prenant pas le Gram, et quelques chaînettes de streptocoques.

Autopsie pratiquée le 26 mai.

Cadavre en état de putréfaction avancée, péritonite généralisée suppurée avec agglutination de toutes les anses intes-

tinales et fausses membranes. Liquide purulent septique peu abondant.

La perforation est large comme une pièce 0.50 centimes (tous les points ont lâché) siégeant sur la face antérieure de la première portion du duodénum, juste à la limite du pyllore.

Grosse adénopathie sous-pylorique et de la petite courbure (prélèvement de la pièce). Le pancréas est très congestionné. Les autres organes sont sains.

Obs. IV. — *Ulcère duodéno-pylorique perforé. Opération à la 19^e heure (Dr P. MOURE). Excision de l'ulcère. Suture. Décès.*

Mme F., 29 ans admise d'urgence à l'hôpital Lariboisière le 25 septembre 1921, à 13 heures. Elle souffre depuis la veille sept heures du soir. Elle a été prise à ce moment de douleurs abdominales qu'elle compare à deux crises antérieures d'appendicite, sur lesquelles elle ne donne aucun renseignement. Ces douleurs siègent dans l'abdomen sans localisation précise. Il n'y a pas eu de vomissements, simplement quelques nausées dans la matinée, pas de constipation. La malade est réglée régulièrement et les dernières règles venues à la date normale datent de quelques jours.

Examen : T. 39°, pouls 120, petit, facies légèrement grippé avec yeux légèrement excavés, langue sèche. Abdomen contracturé, douloureux avec peut-être un maximum dans la partie droite. Le toucher vaginal révèle un col normal et des culs-de-sac douloureux.

Le diagnostic d'appendicite avec péritonite est porté, en raison des phénomènes observés et des crises appendiculaires antérieures, une réserve est faite néanmoins sur la possibilité d'une lésion d'origine génitale.

Opération à 14 h. 30. Dr Paul Moure, 19^e heure. Rachianesthésie. Incision Jalaguier, à l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide jaune et purulent, d'apparence bilieux. L'appendice est légèrement congestionné, sans perforation.

L'existence probable d'un ulcus duodénal perforé est reconnue et une laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée. Le péritoine incisé à ce niveau donne issue à une abondante quantité de liquide teinté par la bile. Il existe quelques fausses membranes à la face inférieure du foie et au niveau du pylore. On met aisément à découvert sur la face antérieure près du bord supérieur de la première portion du duodénum une petite perforation de 3-4 millimètres, à bords taillés à l'emporte pièce sans réaction inflammatoire accusée des tissus environnants ; il s'agit donc de la perforation d'un ulcère pylorique simple, non calleux.

Etant donné l'état grave de la malade et les petites dimensions de l'ulcération, l'excision simple de la lésion dans le sens frontal est pratiquée. Les bords sont suturés de façon opposée. Drain. Fermeture de la paroi aux fils de bronze.

Après l'opération huile camphrée, sérum artificiel avec XXX gouttes de digitaline, spartéine. Néanmoins la malade s'affaiblit de plus en plus, se refroidit, le pouls devient incomptable et la mort survint le soir même à 23 h. 45.

Autopsie impossible (opposition).

Obs. V. — (Pr. agrégé LENORMANT). *Perforation probable d'un ulcère caché du duodénum. Tamponnement 9^e heure. Guérison.*

L. L., âgé de 35 ans, tourneur, souffre depuis 4 ans d'un ulcère pylorique ou duodénal. Le 5 novembre 1920 vers minuit il est pris brusquement de douleurs vives dans l'épigastre, irradiant à tout l'abdomen surtout à droite.

Opération d'urgence à 9 h. 30, le 6 nov. 1920. Dr Lenormant, aide Gresset. Anesthésie au chloroforme.

Incision dans la fosse iliaque droite, pus libre dans le ventre. On tombe sur le cæcum qui ne paraît pas enflammé et ne présente pas de fausses membranes ; appendice normal que l'on enlève cependant.

Le pus paraissant venir de la partie supérieure de l'abdo-

men, on agrandit par en haut l'incision pour découvrir la région duodénale, on en voit provenir du liquide séro-purulent et quelques bulles de gaz, on ne peut pas voir la perforation malgré une exploration attentive qui est difficile car le malade pousse.

On place un drain et quatre mèches. On ferme l'abdomen par une suture en trois plans.

Suites opératoires. — Le malade fait une congestion pulmonaire ; le 17 nov. à minuit au cours d'une quinte de toux la paroi se rouvre, et le malade est transporté dans le service de M. le Dr Rieffel où on suture la plaie.

Le malade sort guéri le 7 janvier 1921.

Fin janvier 1922, le malade se présente à la consultation et raconte qu'il est sujet à des douleurs gastriques survenant environ deux heures après avoir mangé. Hospitalisation et radioscopie le 23 janvier : estomac non ptosique, non dilaté, point douloureux, juxta pylorique sur la petite courbure, remplissage normal.

Obs. VI. — *Ulcère perforé de l'estomac (petite courbure) opération à 6^e heure. Excision. Suture. Guérison (Dr PAUL MOURE).*

E. C., 59 ans. Se présente à l'hôpital St-Louis le 11 juin 1921 à la suite de violentes douleurs qu'il accuse dans l'abdomen.

La crise douloureuse a débuté 5 heures avant son arrivée à l'hôpital. Cette douleur a son maximum d'intensité dans l'épigastre et tend à se généraliser. L'abdomen est contracturé, surtout dans la région épigastrique. Le poulx, ample et plein, bat à 80. Temps : 36° 8. Le diagnostic d'ulcus perforé est posé et l'on décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Laparotomie médiane sus-ombilicale, sérosité louche dans le péritoine et bulles de gaz. On aperçoit sur la face antérieure de l'estomac très près de la partie moyenne de la petite courbure (réunion des portions verticale et horizontale) un ulcère calleux perforé.

Excision large (pièce de 5 francs) suture à la soie en deux plans, premier plan presque muqueux, deuxième plan séro-musculaire, surjet arrêté trois fois car quelques points coupent. La suture est faite dans le sens longitudinal. Comme le pylore est libre on ne fait pas de gastro-entérostomie.

Après vérification de la face postérieure de l'estomac par décollement coloépiploïque on place une mèche et on ferme aux fils de bronze. Guérison le 9 juillet 1921.

Le malade a été souvent revu depuis ; il a repris une alimentation normale et la radioscopie montre un estomac un peu rétréci qui fonctionne normalement.

Obs. VII. — *Ulcère perforé du duodénum.* Opération à la 8. heure. *Enfouissement, gastro-entérostomie complémentaire.* Guérison. (M. le Dr BOPPE).

F. H., 39 ans, typographe, admis d'urgence à l'hôpital St-Louis le 8 janvier 1922 à 5 h. du matin.

Pas de passé gastrique, mais antécédents d'intoxication saturnine, a eu des coliques de plomb à l'âge de quinze ans.

Dans la nuit du 7 au 8 janvier, vers 21 heures, peu après s'être couché, douleurs thoraciques en barre, à 22 heures violente douleur dans la région épigastrique. Il passe une nuit agitée et vers 4 h. du matin il est transporté à l'hôpital.

Examen : Facies anxieux, temp. 37°, pouls 82, un peu faible mais régulier, pas de vomissements, pas de nausées. Contracture de la région épigastrique généralisée au reste de l'abdomen, mais moins qu'à l'épigastre qui se soulève cependant normalement à l'inspiration.

On hésite un peu à cause du passé saturnin du malade, mais on ne trouve ni liséré saturnin, ni signes nerveux.

Intervention d'urgence (Dr Boppe). Rachianesthésie (10 cc. scurocaïne). Laparotomie sus-ombilicale médiane ; il coule de la bile et du liquide louche, mêlé de débris alimentaires qui vient de la région sous-hépatique. On aperçoit vite sur la face antérieure du duodénum, loin, à l'union 1^e et 2^e portion

une perforation lenticulaire. Toute la première portion est blanchâtre, indurée et calleuse. Enfouissement très difficile, les fils coupent. On a l'impression que si l'on tentait la thermocautérisation ou la résection de l'ulcère, il faudrait faire une brèche considérable pour arriver en tissu sain.

Surjet en bourse à distance, la perforation est bouchée. Epiplooplastie avec le petit et le grand épiploon, mais le duodénum est manifestement fort rétréci. En raison de l'état général satisfaisant, du peu de temps écoulé depuis le début des accidents (8^e heure) on pratique sans incidents une gastro-entérostomie postérieure trans et sous-mésocolique.

Fermeture de la paroi en un plan avec des fils de bronze, on place un drain au contact du duodénum.

Suites opératoires :

Radioscopie faite le 28 janvier : La bouche et le pylore fonctionnent ; néanmoins le fonctionnement du pylore ne s'établit qu'au bout d'un certain temps, et à ce moment le travail de la bouche se réduit.

Le malade quitte l'hôpital 22 jours après l'opération.

Un mois plus tard, le malade revient à l'hôpital avec, de nouveau, des signes de perforation. Il meurt malgré une intervention chirurgicale. L'autopsie montre l'existence d'un deuxième ulcus perforé sur la face postérieure du duodénum, juste au regard de la première perforation qui est cicatrisée. La pièce a été présentée à la Société Anatomique de Paris (1922).

CONCLUSIONS

1°) La perforation complique surtout les ulcères qui siègent au niveau de l'antra pylorique, le pylore et la première portion du duodénum ; c'est donc dans la région gastro-duodénale qu'il faut porter immédiatement les recherches.

2°) Le diagnostic reposera surtout sur le trépied symptomatique suivant :

Le siège sous-hépatogastrique de la douleur ;

La soudaineté et l'atrocité de cette douleur ;

Le passé gastrique du malade.

3°) Le diagnostic posé ou même soupçonné commande l'intervention immédiate, pour obturer la perforation ou éviter en tous cas un nouvel ensemencement du péritoine.

4°) Les statistiques, comme du reste la recherche de la septicité du liquide épanché, ou de son acidité, prouvent que la période opératoire favorable atteint à peine les douze premières heures ; passé ce délai on ne peut

plus espérer qu'en une résistance particulière du sujet, ou en une infection atténuée du péritoine.

5°) Au point de vue thérapeutique, l'état général du malade reste le plus sûr et le meilleur guide du chirurgien, qui devra proportionner l'effort chirurgical à la faculté de résistance du sujet.

6°) On appliquera ainsi, suivant les cas, en précisant de plus en plus l'action curatrice vis-à-vis de l'ulcère :

Le tamponnement et le drainage dans les cas désespérés ;

La suture simple de la perforation ;

La plicature de l'ulcère calleux ;

L'excision ou thermocautérisation qui suppriment l'ulcère ;

L'exclusion du pylore et enfin :

La gastro-pylorectomie immédiate.

7°) La gastro-entérostomie primitive complémentaire, que certains opérateurs font encore systématiquement, semble actuellement devoir être réservée aux cas où un ulcère calleux volumineux, une gastro-plicature ou une excision étendue ont amené un rétrécissement du canal pyloro-duodéal, une gêne de l'évacuation gastrique.

8°) Un succès dans la cure d'une perforation d'ulcère doit être suivi ultérieurement d'examens radioscopiques répétés, permettant une intervention secondaire : gastro-entérostomie, exclusion du pylore ou une gastro-pylorectomie, suivant les cas.

9°) La gastro-pylorectomie immédiate, traitement idéal

(surtout Péan, puis Billroth II) sera *autorisée* quand l'état général sera bon (*indication relative*), ou quand une autre thérapeutique, en dehors du tamponnement sera impossible (*indication absolue* si le sujet est encore résistant).



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Aucun des articles dont l'indication figure dans la Thèse de Lauret ne sera compris dans cette bibliographie.

ABADIE (Oran). — Duodenopylorectomie pour ulcus perforé du duodénum chez un sujet de quinze ans. Guérison. (*Bull. et même Soc. Chir.* 8 fév. 1921).

— Cent résections d'estomac pour ulcère (*communication XXX^e Congrès fr. Chir. Strasbourg, octobre 1921*).

ALAMARTINE et DUNET. — La gastro-entérostomie complémentaire dans les opérations pour ulcères perforés de l'estomac et du duodénum (*Revue de Chirurgie* 1921 n° 2).

M. ALAMARTINE. — A propos de la gastro-entérostomie complémentaire dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum 5 observat. (*Soc. de Chir. Lyon* 9 déc. 1920. *Lyon Chirurgical* janv. fév. 1921).

ALBERT, BACQUELAINE et BERRY. — Dix cas de perforation gastrique et duodénale, opérés à la clinique chirurgicale de Liège (*Journ. de chir. et Ann. Soc. belge de Chir.* XX. 1921, n° 4).

ALBO. — (Montevideo) Deux ulcères gastriques et duodénaux perforés traités par résection immédiate. (Rapport Lecène) *Bull. et mém. Soc. Chir.* 20 déc. 1921.

C. AUBAN. — De l'opportunité de la gastro-entérostomie complémentaire immédiate dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (*Th. Lyon, 1920-21* n° 87).

CH. BALTON et W. TROTTER (Londres). — Observations clini-

ques sur les fistules jejuno coliques consécutives à la gastro-entérostomie (*The British medic.* 1920 n° 310).

M. BARUTHEL. — La perforation de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac (*Th. Bordeaux*, 1920-21 n° 95).

BASSET et ULRICH. — Le rôle de la C. E. primitive et immédiate dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1921, n° 4).

BÉRARD. — Procédé de Lambotte (*Lyon Chirurgical* 1921, n° 1).

DE BRUINE et PLOES VAN AMSTEL. — Perforation eines ulcus ventriculi. (*Deutsch mediz. Wöch.* 9 juin 1921).

H. BRUTT. — Radikale oder Konservative Opération des frei perforierten Magen-und Duodenalgeschwürs ? (*Zentralb. fur. Chir.* 24 sept. 1921).

BULLOCK. — Observations de quelques cas de perforation aiguë d'ulcères de l'estomac et du duodénum. (*The medical J. of Australia*, 1921 an VIII. T. I n° 2).

CADENAT. — Gastrectomie pour ulcère perforé. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1^{er} nov. 1921).

CARNOT, HARIRER et MATHIEU. — Les ulcères digestifs. (*Cours de gastro-entérologie de l'Hôp. Beaujon*, Paris 1922).

COTTE. — *Lyon Chirurgical* 1921 n° 2.

COURTY. — (Lille) Ulcère perforé de l'estomac. Gastropyloréctomie. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1^{er} juin 1921).

G. DEHELLY. — Perforation d'un ulcère du duodénum résection de l'ulcère. Suture. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 15 nov. 1921).

DELORE. — 3 cas. (*Lyon Chir.* 1921 n° 1).

DELORE et GAILLARD. — Deux observations d'ulcères perforés gastrique et duodénal. Guérison opératoire (*Lyon Médical*, 10 mars 1921).

P. DUVAL. — Note sur l'évacuation gastrique après la gastropyloréctomie par le procédé de Péan. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 26 oct. 1920).

EBERLE. — Traitement de l'ulcère perforé de l'estomac par la résection transverse. (*Zentralb. f. chir.* 1920 n° 45).

FARR. — *Annals of Surgery*, 1920. T. LXXII n° 5,

H. FINSTRER (Vienne). — La perforation couverte de l'estomac et du duodénum (*Wiener medicinische Wochenschrift* 1921 T. LXXI n° 7).

GELAS. — De quelques considérations sur l'ulcère gastro-jejunal consécutif à la gastro-entérostomie. (*Rev. Chirurgie* 1921, n° 12).

F. DE GIRONCOLI. — Ulcera gastrica perforata e sindrome Steato necrotica. (*Arch. Ital. di chirurgia* mars 1920).

GOULLIoud. — Lyon Chirurgical 1921 n° 2.

GRIMAULT et COLANÉRI. — Aspect radiologique d'une duodenopylorectomie pour ulcère perforé du pylore. (*Journ. de radiol. et d'electrol.* mars 1921).

M. GUIBÉ. — Etude sur les perforations des ulcères gastriques et duodénaux. (*L'année médic. de Caen*, août 1921).

HARTMANN. — Fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 25 oct. 1921).

C. G. HEYD. — Duodénal ulcer; perforation; adhesions to gattbladder; posterior gastro enterostomy. (*Surg. Clin. of North America*. I, 1921, n° 2).

A. M. IMBERT. — Ulcère gastrique perforé. (*Arch. méd. chir. de Normandie*. Janv. 1921).

LAGOUTTE. — Ulcus duodénal perforé. Guérison spontanée. (*Bull. et mém. Soc. Chir.*, 3 mai 1921).

J. E. LARRIEU. (Bordeaux). — La perforation de l'ulcère gastrique après la G. E. (*Revue de Chirurgie*, 1921, tome LIX, n° 4).

G. LAURÉT. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum perforés en péritoine libre. (*Th. Paris*, 1920-21, n° 127).

LECÈNE. — A propos des perforations duodénales. (Cas de Lejac et Moulonguet). *Bull. et mém. Soc. Chir.* 23 nov. 1920).

— Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères mésogastriques. (*J. de chirurgie*). T. XVII, janvier 1921).

LERICHE. — Lyon. Chir. 1921, n° 1.

R. LEWISOHN. — Persistance d'ulcères de l'estomac et du duodénum à la suite d'une perforation aiguë traitée par suture simple. *Annals of. Surgery* 1920, t. LXXII, n° 5.

G. P. MULLER et J. S. RAVDIN. — Perforated gastric and

duodenal ulcer without previous passi. (*Annals of Surgery*. Août 1921).

ODART. — (Toulon). — Cinq cas de perforation d'ulcères pyloriques et duodéno-pyloriques. Suture et G. E. C. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 16 novembre 1920).

F. PAPIN et E. DUBOURG. — Perforation d'un ulcère calleux de la petite courbure. Opération d'urgence et guérison. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 24 avril 1921).

POTHERAT. — Ulcus perforant. (*Progrès médical*, 23 avril 1921).

PRAT (Montevideo). — Quatre ulcères gastriques et duodénaux perforés. Opération. Guérison. (Rapport Lecène). (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 20 décembre 1921).

H. RYSER. — Ein Beitrag zur Diagnose der drohenden Perforation des Ulcus ventriculi (*Schweizer mediz. Woch.*, 6 oct. 1921).

SANTY. — Sur le traitement des ulcères perforés duodéno-gastriques. (*Lyon Chirurgical*, 1921 n° 2).

M. SCHÜLEIN. — Über das perforierte Magie und Duodenal. Geschwas. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, mars 1921).

SENCERT. — Sur le traitement chirurgical des perforations de l'estomac par ulcère et sur le fonctionnement de la G. E. en cas de perméabilité du pylore. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 19 juillet 1921).

— Gastropyloréctomie pour perforation de l'estomac par ulcère. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 5 juillet 1921).

C. D. STRAUS. — Perforated gastric ulcer. Diagnosis surgical management, treatment by actual cautery. (*Surg. Clin. of Chicago*, Juin 1920).

A. STROEULI. — Zur Therapie des Ulcus ventriculi perforation. (*Schweizer mediz. Wocheusheft*, 12 mai 1921).

TECQMENNE. — (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 9 mars 1921, perforation d'ulcère cancérisé de l'estomac).

R. TOUPET. — La perforation de l'ulcère gastro-duodénal. *Revue de technique médicale*. Décembre 1921.

— Six cas de perforation d'ulcus duodénal. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 25 octobre 1921).

TUFFIER. — Ulcère perforé de l'estomac. Suture. Etat de la

malade dix-huit ans après. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 26 avril 1921).

P. UHRICH. — De la gastro-pyloréctomie et duodéno-pyloréctomie immédiates dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (*Revue de Chirurgie*, 1921 n° 7).

— Voir Basset et Ulrich.

VAN DE WIELE. — Note sur 39 interventions pour perforation de l'estomac et du duodénum. *Journ. de chir. et Ann. Soc. belg de chir.*, mai 1921.

CH. VIANNAY (St-Etienne). — Sept cas d'intervention pour ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 14 décembre 1921)



